

Informe de Incidente/Lesión en Cuidado de Niños

Nombre del proveedor(a)		Número de ID del proveedor(a)	
Nombre del niño(a)		Edad del niño(a)	Sexo del niño(a) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha del incidente	La hora del incidente <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm		<input type="checkbox"/> Contacto 911 <input type="checkbox"/> Contacto el centro de control de envenenamiento.
MARQUE TODO LO QUE APLICA			
Tipo de Lesión / Incidente <input type="checkbox"/> Herida abierta / Cortada <input type="checkbox"/> Dislocación <input type="checkbox"/> Torcedura <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Hueso Roto/ Fractura <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Condición Respiratoria <input type="checkbox"/> Convulsión <input type="checkbox"/> Dolor/Inflamación/Chichón <input type="checkbox"/> Alergias/Reacción alérgica <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Otro:		Partes del cuerpo afectadas <input type="checkbox"/> Cabeza/cara <input type="checkbox"/> Brazos/Codos <input type="checkbox"/> Ingle <input type="checkbox"/> Oreas <input type="checkbox"/> Manos/Muñecas <input type="checkbox"/> Glúteos <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Dedos de la mano <input type="checkbox"/> Torso <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Boca/Dientes <input type="checkbox"/> Caderas/Pelvis <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Dedos del pie <input type="checkbox"/> Pecho/Hombros <input type="checkbox"/> Piernas/Rodillas <input type="checkbox"/> Pies/Tobillos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Seriamente lastimado— Admisión en el hospital (durante la noche) <input type="checkbox"/> Fatalidad		Lado del cuerpo afectado <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	
Lugar donde ocurrió la lesión / Incidente Adentro <input type="checkbox"/> Clase/Cuarto de Juegos <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Área de dormir <input type="checkbox"/> Otro:		Causa de la lesión/ Incidente <input type="checkbox"/> Resbalo o tropiezo <input type="checkbox"/> Fuego <input type="checkbox"/> Golpeado por un objeto <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Esfuerzo excesivo <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Caída <input type="checkbox"/> Equipo/Superficie <input type="checkbox"/> Mordidas/Rasguños/Pateadas <input type="checkbox"/> Ninguno/Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:	
Afuera <input type="checkbox"/> Patio de recreo <input type="checkbox"/> En los juegos del patio <input type="checkbox"/> Piscina/ Agua <input type="checkbox"/> Durante un paseo <input type="checkbox"/> Otro:		Fue llevado a la Clínica / Hospital <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por los padres <input type="checkbox"/> Por el Proveedor(a) <input type="checkbox"/> Por la ambulancia <input type="checkbox"/> Desconocido	
Anote el nombre de los empleados y/o testigos presentes:			
Por favor de una breve descripción de las circunstancias del incidente.			
Se contactó a el Padre/Madre/Guardián <input type="checkbox"/> En Persona Fecha: <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Vía E-mail Hora:		Se contactó al Agente de Licencias <input type="checkbox"/> En Persona Fecha: <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Vía E-mail Hora:	
		Se contactó al Servidor de Servicios Sociales(Si aplica) <input type="checkbox"/> En Persona Fecha: <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Vía E-mail Hora:	
Comentarios del Padre/Madre/ Guardián:			
Firma del Padre/Madre / Guardián		Firma del Proveedor /Empleado	
Fecha		Fecha	
Nombre:		Nombre:	